

パッチテスト検査説明

ID :

氏名 :

検査日

令和

年

月

日

パッチテストとは

アレルギー性のかぶれの原因を調べる検査です。

かぶれの原因と考えられる製品や化学物質を背中または腕の皮膚に貼り付けし、皮膚の反応を確認します。この検査を施行しても、原因物質が特定できないこともあります。

検査の方法

症状を誘発した製品やアレルゲンを載せたパッチテストユニットを背部か上腕外側に48時間貼付します。貼付した48時間後にパッチテストユニットを除去し、1回目の判定を行います。その後、貼付後72時間後または96時間後、そして一週間後に判定を行います。

検査の副作用

- パッチテストユニットを貼るテープでかぶれる可能性があります（いわゆるテープかぶれ）
- 陽性反応が強く出た場合、湿疹反応に伴う、かゆみ、赤み、腫れ、時に水疱が生じる可能性があります。
- 陽性反応が強く出た場合、治った後にかさぶたや色素沈着が残ることがあります。
- まれにですが、この検査により感作される（かぶれる体質になってしまう）ことがあります。

検査の予定

来院日	時間	検査内容	入浴・シャワー
貼付日 月 日 ()	時 分	アレルギーの貼付	×
1回目の判定 月 日 ()	時 分	貼付したものを剥がして印を付けます。 1回目（48時間後）の判定と写真撮影 ※締め付けの弱い下着を着用してください。	×
2回目の判定 月 日 ()	時 分	2回目（72時間後）の判定と写真撮影	濡れること→○ こすること→×
最終判定 月 日 ()	時 分	最終判定と写真撮影 今後の方針についてお話しします。	濡れること→○ こすること→○

※検査・診察時間が前後することがあります。ご了承ください。

注意事項

- 1) パッチテストを貼付してから、2回目の判定が終了するまで入浴することができません
(保護テープを使用した場合は軽く入浴ができることがあります) 背中または腕のシールかマークを消さないように注意してください。
- 2) 2回目の判定終了後の夜からシャワー・入浴はできますが最終判定（4回目の判定）が終わるまで検査部位(背中,腕)をタオル等で洗うことは控えてください。
- 3) 背中または腕のシールを故意に剥がさないでください。
- 4) 1回目の判定時に皮膚にテープをつけます。自然に取れた場合はそのままかまいません。
- 5) 貼付部位の下着は締め付けのないように注意してください。
- 6) パッチテスト中は、貼付部位（背中、腕）がかゆくでも無理にたたいたり、こすったりしないでください。かゆみが強い場合は医師にお伝えください。
- 7) パッチテスト中は、汗をかく運動や作業は控えてください。
- 8) パッチテストを受ける1週間前からの日焼けは避けてください。
- 9) 検査当日、貼付する部位に湿疹や赤みがある場合は、検査が延期になる事があります。
- 10) 検査の一週間前から、貼付部位のステロイド薬の外用は中止してください。
貼付部位の保湿は検査当日から中止してください。

パッチテスト同意書

別紙説明文書のように説明いたしました。この同意書は署名後も取り下げることができます。
また、同意を拒否されても診察上の不利益を受けることはありません。

令和 年 月 日

説明医師：皮膚科医師

印

(自筆署名、もしくは記名押印)

立会人

印

(自筆署名、もしくは記名押印)

上記説明を受け、その内容を十分理解した上で検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名

印

(自筆署名、もしくは記名押印)

患者さん本人が説明を受ける状態にないため、代わりに上記の説明を受け、その内容を十分理解した上で、検査を受けることに同意します。(原則としてご家族の方にお願ひします。)

令和 年 月 日

氏名

印

(患者様との間柄：)

代理人がない場合

(自筆署名、もしくは記名押印)

令和 年 月 日

診療責任者あるいは責任当直医署名

印

(自筆署名、もしくは記名押印)

パッチテスト問診表

NO : _____

貼付日 令和 年 月 日

記入日 令和 年 月 日

ID : _____

名前 : _____

年齢 : _____

歳

身長 : _____

cm

体重 : _____

kg

1. 今回皮疹が出た部位にチェックをしてください。

- 頭皮 顔面 (眼瞼 額 頬 口唇)
 頸部 上腕 前腕 手背 手掌 胸部
 腹部 背部 大腿 下腿 足背 足底 その他

2. その皮疹が出現した時期はいつ頃ですか？

_____ 年 月 日頃から

- ・ アトピー性皮膚炎はありますか？ あり なし
- ・ 花粉症はありますか？ あり なし
- ・ ピアスをしたことがありますか？ あり なし
- ・ ピアスでかぶれたこと(痛くなる,赤くなる,ジクジクするなど)がありますか？ あり なし
- ・ ピアス以外のアクセサリーでかぶれたことがありますか？
 あり(具体的に _____) なし
- ・ 歯科治療後の金属冠や詰め物が口腔内にありますか？ あり(金 銀 その他) なし
- ・ 歯科治療を受けた最終年齢は何歳ですか？ (_____ 歳)
- ・ 歯の矯正器具を使用したことがありますか？ あり なし
- ・ 金属製的美容器具を使用していますか？(例:ビューラー,美顔ローラーなど) あり なし
- ・ 金箔入りの化粧水など金が入った化粧品を使用されていますか？ あり なし
- ・ パチンコ玉を触りますか？ よく触る 時々触る 触らない
- ・ ゲームのメダルを触りますか？ よく触る 時々触る 触らない
- ・ 他に日常生活で金属と接することがありますか？(例;金管楽器にさわる,仕事で金属製器具を持つなど)
 あり(具体的に _____) なし
- ・ 職業を教えてください
職業 (_____) いつから (_____)